**INFORME DE AUDITORÍA AL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**

**Fecha de informe:** 27 de septiembre del 2018

**Nombre del proceso o dirección territorial auditada:** Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca

**Dependencia líder del proceso:** Dirección General

**Servidor responsable del proceso:** Álvaro Vargas Sanabria- Director D.T Norte de Santander y Arauca (E)

**Tipo de auditoría realizada:** De primera parte, sistema de gestión de calidad

**Fecha de auditoría:** 5 y 6 de septiembre del 2018

**Equipo Auditor:** Ana María Ángel Acosta y Miguel Orlando Guerra Ortiz.

1. **OBJETIVO DE LA AUDITORIA:**

Verificar el cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001: 2015.

1. **ALCANCE DE LA AUDITORÍA:**

Inicia con la reunión de apertura de auditoría y concluye con el seguimiento al plan de mejoramiento.

1. **GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR:**

• Dificultad para acceder a las fuentes de información de la Dirección Territorial.

• Imposibilidad de cumplir con el cronograma de auditoria interna planeado en los términos de tiempo y oportunidad establecidos.

• Desechar la pertinencia del informe de auditoría interna que es producto del proceso auditor realizado.

• Alarma en los servidores auditados de la entidad por el desconocimiento del proceso auditor como herramienta gerencial de la Unidad.

• Perdida de información por falta de respaldo de la misma.

1. **CRITERIOS DE AUDITORÍA:**

Proceso, procedimientos y demás instrumentos de gestión - el corte de la documentación a auditar es del 01 de enero de 2018 al 30 de junio de 2018.

1. **CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 4 DE LA ISO 9001:2015**

 La D.T cuenta con un instrumento en Excel en la cual se identifican los factores internos y externos del contexto, es de mencionar que no se evidencia un seguimiento y revisión de la misma al corte de junio del 2018.

Se evidencia interacción y espacios con las partes interesadas de la dirección territorial, pero no se observa claramente la identificación de las mismas con los requisitos.

Así mismo no se observa el seguimiento y revisión de la información sobre las partes interesadas y sus requisitos.

El equipo participante de la auditoria identifica el alcance de los procesos y procedimientos necesarios para la gestión documentando la información requerida, de igual forma identifican el manual del SIG, y su ubicación en la página web.

1. **CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 5 DE LA ISO 9001:2015**

El responsable del proceso define y comunica responsabilidades y roles pertinentes que deben cumplir los servidores y contratistas de la dirección territorial.

Se observa compromiso en los funcionarios y contratistas en lo relacionado a estudio y conocimiento del SIG, evidenciando jornadas de estudio.

En la dirección territorial en lo relacionado al enfoque en la satisfacción del cliente cuentan con un buzón de sugerencias en el CRAV, con el cual buscan medidas para mejorar la atención prestada.

1. **CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 6 DE LA ISO 9001:2015**

En el numeral 6 de planificación se observa que la D.T al corte del 30 de junio del 2018 se encontraba trabajando con los riesgos establecidos en el 2017, no se ha realizado la actualización por parte del proceso de Dirección Estratégico de los mapas de riesgos, generando así incumplimiento en este numeral.

La dirección territorial identifica la ubicación de los riesgos de gestión y corrupción, no obstante, al momento de revisar con los auditados existe desconocimiento de los riesgos que se han determinado para la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca.

Para el caso del riesgo de gestión relacionado con la notificación de los actos administrativos que deciden la inclusión en el RUV no se contaba con la evidencia disponible de los controles que se definieron en la planeación para abordar estos riesgos.

El proceso presenta falencias con la disponibilidad de la información documentada respecto del tratamiento de los riesgos, sus controles y planes de respuestas.

El responsable del proceso socializa los cambios generados a los procedimientos y se define la asignación de responsabilidades.

1. **CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 7 DE LA ISO 9001:2015**

El responsable del proceso determino y solicito el personal necesario para realizar sus operaciones, atendiendo la dinámica y contexto que presenta la dirección territorial; al momento de realizar la auditoria la D.T se encontraba en una sede e instalaciones diferentes a la temporalidad auditada, sin embargo manifestó el grupo auditado que las condiciones de la infraestructura eran óptimos, de igual forma se evidencio espacios de estudios en relación con la copa SIG y la aplicación de batería psicosocial a los funcionaríamos en busca de mantener un ambiente adecuado de operación tanto en temas sociales, psicológicos y físicos.

El equipo de la D.T tienen conocimiento de los procesos y procedimientos, de los objetivos y política de calidad, y la ubicación de ellos.

El proceso tiene determinado las comunicaciones tanto internas como externas.

La dirección territorial ha solicitado capacitación y orientación en materia de gestión documental necesaria para el desarrollo de sus actividades, desde el mes de marzo del 2018 sin embargo, no se encuentra evidencia al mes de junio del 2018 del desarrollo de la misma.

Se encuentra evidencia donde el responsable del proceso determina y solicita los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del proceso, donde se indica las capacidades y limitación de recursos internos existentes y lo que se debe obtener externamente. No obstante se observa en el indicador 84885 definido en el plan de acción, este no se cumplió con la meta prevista para el mes de junio, por motivo de que la Dirección de Asuntos Étnicos no contaba con los recursos necesarios para la operación (convenio proveedor externo), incumpliendo lo previsto en el numeral 7.1.1 de la norma ISO 9001:2015, que contempla "El responsable del proceso debe determinar, solicitar (y proporcionar cuando aplique los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del proceso. Por lo que debe considerar: a) las capacidades y limitaciones de los recursos interno-existentes y b) que se necesita obtener de los proveedores externos".

La dirección territorial cuenta con los registros del cumplimiento del seguimiento y medición (plan de acción), sin embargo, no se conversa la información como evidencia disponible y consolidada, cuestión que se determina al verificar los soportes del plan de acción en TOTORO y mapa de riesgos los cuales contienen información incompleta, que debió ser aportada desde otra fuente de información (correos electrónicos, actas no cargadas).

1. **CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 8 DE LA ISO 9001:2015**

La dirección territorial Norte de Santander y Arauca evidencia control sobre la operación en la atención al esquema presencial, sin embargo, se registran reportes de fallas e incidencias en los aplicativos que soportan la operación en el CRAV, lo cual no permite una adecuada y constante operación con los recursos necesarios para lograr la conformidad de los servicios, lo cual genera que se deba remitir listados de víctimas al canal no presencial para que las mismas sean atendidas por vía telefónica, lo anterior genera incomodidad y molestias a las victimas toda vez que el servicio no se puede prestar y la información a brindar no se encuentra disponible.

Se observa que el CRAV cuenta con buzón de sugerencias y quejas para que las victimas puedan comunicar y dar las observaciones pertinentes a la prestación del servicio; estas son revisadas y analizadas en los comités de rutas y estratégicos en donde se realiza el acompañamiento a la operación y funcionamiento del CRAV, estableciendo compromisos y realizando requerimientos para mejorar las condiciones y el servicio a prestar.

Se evidencian solicitudes de apoyo logístico a los operadores en temas relacionados a reparación colectiva, actas de concentración e implementación de acciones, acta de entrega de los mismos y encuestas de satisfacción de las medidas realizadas. Así mismo se observa articulación en las acciones encaminadas a los planes de retornos y reubicación. Es de indicar que esta información se encontraba organizada y documentada, la cual estaba disponible para la respectiva verificación en la auditoria.

1. **CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 9 DE LA ISO 9001:2015**

La D.T mide el desempeño a través del cumplimiento del plan de acción, de igual forma genera espacios enfocados al estudio en temas del SIG.

Cuentan con un buzón de sugerencias para que las victimas puedan realizar las observaciones y/o recomendación del servicio prestado en el CRAV, información la cual es verificada y analizada a través de comités y mesas donde se evalúan las condiciones del CRAV.

Se evidencia aplicación de encuestas de evaluación de la medida de satisfacción realizada el 06 de abril del 2018 a la comunidad de Juan Frio, labor realizada por el proceso de Reparación Colectiva de la D.T Norte de Santander y Arauca.

1. **CONCEPTO DE AUDITORÍA NUMERAL 10 DE LA ISO 9001:2015**

La Dirección Territorial desarrolló las actividades encaminadas a la mejora continua evidenciando actas de comités en el CRAV, buzón de sugerencias, y encuestas de satisfacción aplicadas al proceso de reparación colectiva; espacios en los cuales se evalúan las acciones a tomar.

1. **OBSERVACIONES**
* **Numeral 4.1:** A partir de la determinación del contexto, el proceso no muestra el seguimiento y revisión a la información de tipo positivo o negativo del entorno interno y externo pertinentes para la dirección territorial.
* **Numeral 4.2**: a. Se evidencia interacción y espacios con las partes interesadas de la dirección territorial, pero no se observa claramente la identificación de las mismas con los requisitos.

b. Así mismo no se observa el seguimiento y revisión de la información sobre las partes interesadas y sus requisitos.

* **Numeral 6.1:** El proceso presenta falencias con la disponibilidad de la información documentada respecto del tratamiento de los riesgos, sus controles y planes de respuestas.
* **Numeral 7.1.5.2:** La dirección territorial cuenta con los registros del cumplimiento del seguimiento y medición (plan de acción), sin embargo, no se conversa la información como evidencia disponible y consolidada, cuestión que se determina al verificar los soportes del plan de acción en TOTORO y mapa de riesgos los cuales contienen información incompleta, que debió ser aportada desde otra fuente de información (correos electrónicos, actas no cargadas).
* **Numeral 8.1.1:** Se registran reportes de fallas e incidencias en los aplicativos que soportan la operación en el CRAV, lo cual no permite una adecuada y constante operación con los recursos necesarios para lograr la conformidad de los servicios, lo cual genera que se deba remitir listados de víctimas al canal no presencial para que las mismas sean atendidas por vía telefónica, lo anterior genera incomodidad y molestias a las victimas toda vez que el servicio no se puede prestar y la información a brindar a la víctima no se encuentra disponible.
1. **NO-CONFORMIDADES**
* **Numeral 6.1:** Al revisar el mapa de riesgos de la dirección territorial de la vigencia 2018, se observa que no cuenta con acta de aprobación del año en curso, evidenciando que se está trabajando con el mapa de riesgos del año anterior, sin la aprobación y/o actualización de estos al corte de junio del 2018. Por lo anterior se genera una no conformidad debido al incumplimiento de lo dispuesto en el presente numeral de la ISO 9001:2015.

**Proceso asociado a la no conformidad:** Direccionamiento Estratégico.

* **Numeral 7.1:** Al momento de verificar el plan de acción se observa que el indicador 84885 definido en el plan de acción, no se cumplió con la meta prevista para el mes de junio, por motivo de que la Dirección de Asuntos Étnicos no contaba con los recursos necesarios para la operación (convenio proveedor externo), incumpliendo lo previsto en el numeral 7.1.1 de la norma ISO 9001:2015, que contempla "El responsable del proceso debe determinar, solicitar (y proporcionar cuando aplique los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del proceso. Por lo que debe considerar: a) las capacidades y limitaciones de los recursos interno-existentes y b) que se necesita obtener de los proveedores externos".

**Proceso asociado a la no conformidad:** Direccionamiento Estratégico.

* **Numeral 7.5:** La D.T al corte de junio del 2018 no ha recibido capacitación en temas de gestión documental, razón por la cual no se tiene claridad y conocimiento completo del manejo y tratamiento de la información que en territorio reposa de los procesos misionales. Se observa que desde el mes de marzo del 2018 se ha solicitado capacitación en este tema de interés, situación que con corte de junio del 2018 no se ha realizado, incumpliendo lo establecido en el numeral 7.5.1 de la ISO 9001:2015.

**Proceso asociado a la no conformidad:** Grupo de Gestión Documental.

1. **RESUMEN ESTADÍSTICO DE AUDITORÍA**

**Porcentaje de cumplimiento de la norma NTC ISO 9001:2015:**



**Porcentaje de cumplimiento por numeral evaluado:**



**Total de No-conformidades por cada numeral y procesos vinculados:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM DE LA NORMA** | **No. NO CONFORMIDADES** | **PROCESO ASOCIADO** |
| **4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN** | **0** |  |
| **5. LIDERAZGO** | **0** |  |
| **6. PLANIFICACIÓN** | **1** | Direccionamiento Estratégico. |
| **7. APOYO** | **2** | Direccionamiento Estratégico. Grupo de Gestión Documental. |
| **8. OPERACIÓN** | **0** |  |
| **9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO** | **0** |  |
| **10.MEJORA** | **0** |  |

**Total de Observaciones:**



**Ítems de norma no evaluados (no aplican para Direcciones Territoriales):**



**Cordialmente;**

|  |  |
| --- | --- |
| **ANA MARÍA ÁNGEL ACOSTA** | **CARLOS ARTURO ORDÓÑEZ CASTRO** |
| **Auditor líder** | **Jefe Oficina de Control Interno** |
|  |  |
| **Versión** | **Fecha del cambio** | **Descripción de la modificación** |
| 1 | **30**/30/05/2014 | Creación del formato |
| 2 | 24/02/2015 | Se adicionó el número de auditoria, la definición de cada una de términos, la agenda de la auditoria, informe de la auditoria, conformidad, aspectos positivos, fortalezas, oportunidades de mejora, observaciones, no conformidades, ficha técnica y responsables de la auditoria.  |
| 3 | 6/11/ 2015 | Se restructura la presentación de la no conformidad |
| 4 | 26/07/2017 | Se modifica el nombre del formato de acuerdo con el procedimiento.se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno  |
| 5 | 22/05/2018 | Se modifica formato de acuerdo a nuevos lineamientos del Jefe de la Oficina de Control Interno, se eliminan cuadros en Excel. |